【お問合せ】

高知県民文化ホール　TEL 088-824-5321（9：00～17：00）

[お申込み期間中の休館日：　年末年始（12月29日～1月3日）]

|  |
| --- |
| お申込者情報 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 住所 | 〒　　　- |
| TEL | ( ) - | FAX | ( ) - |
| Eメール |  |
| 参加者情報（障がいがあれば障がい種別を、所属する学校や団体があればその名称をご記入ください） |
| フリガナ |  | 年齢 | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者氏名① |  | 　歳 |  |
| フリガナ |  | 年齢 | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者氏名② |  | 　歳 |  |
| フリガナ |  | 年齢 | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者氏名③ |  | 　歳 |  |
| フリガナ |  | 年齢 | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者氏名④ |  | 　歳 |  |
| ※以下はサポートを希望される方のみお答えください（該当する項目に○をつけてください） |
| （1）車いすでの来場　※スペースに限りがございます。　ある（　　　名）　　　ない | （2）特記事項※特に配慮を要する事項があれば、具体的にご記入ください。※イヤーマフをご希望の方は、当日受付にてお申し出ください（先着5台）。 |

この応募用紙にご記入いただいた個人情報は、個人情報保護関係法令を遵守し、本事業の目的以外には使用いたしません。